

(Scrivere in stampatello)

Bollo da  
€. 16,00

**Domanda di autorizzazione alla pubblicità sanitaria**  
ai sensi dell'art. 2 della legge 5 febbraio 1992 n. 175 e del Decreto Ministeriale 16 /09/1994, n. 657

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI .....

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa. .... ai  
sensi e per gli effetti del T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle  
responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci  
dichiarazioni, sotto la personale responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28/12/2000 n. 445),

DICHIARA:

- di essere nato/a a .....prov. .... il .....
- di essere residente in ..... prov.....
- via ..... n. ...., Tel. ....
- con studio sito in ..... C.A.P. ....  
via ..... n. .... Tel. ....;
- di essere iscritto nell'albo :
  - Medici Chirurghi con posizione n. .... prov. di .....
  - Odontoiatri con posizione n. .... prov. di .....
  - Annotazione ex art. 5 Legge 24 luglio 1985, n. 409
- di essere in possesso dei seguenti titoli accademici/carriera/onorificenze: .....  
.....  
.....
- di aver conseguito il diploma di specializzazione in .....  
.....  
.....
- di avere esercitato/di esercitare, ai sensi dell'art. 1, comma 4° della Legge 175/92, la  
disciplina specialistica in .....  
dal ..... al ..... per complessive ore settimanali  
..... presso .....

(indicare la struttura sanitaria o l'istituzione privata di cui all'art. 43 della Legge 23  
dicembre 1978 n. 833)

## CHIEDE

che codesta Amministrazione voglia rilasciare l'autorizzazione necessaria a pubblicizzare il seguente testo: (1) (2)

.....  
.....  
.....

Tale testo verrà pubblicizzato a mezzo:

- TARGA MURARIA** (3) (4) delle seguenti dimensioni (max cm. 50 x 50) .....  
caratteri delle seguenti dimensioni (max cm. 8) .....
- INSERZIONI SU ELENCHI TELEFONICI, PAGINE GIALLE, PERIODICI E QUOTIDIANI DI INFORMAZIONE**, (5) delle seguenti dimensioni (max cm. 5 x 10)  
.....
- EMITTENTI RADIOTELEVISIVE LOCALI**

Il sottoscritto dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità che i locali dove esercita l'attività professionale non configurano un ambulatorio ma studio.

Data .....

Firma \*.....

(\*) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, oppure recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (art. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

## ***PARERE***

***DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA di Potenza***

Potenza .....

Prot. n. ....

Questo Ordine, vista la domanda presentata dal Dott./ssa .....,  
esprime parere favorevole sui contenuti del messaggio pubblicitario sopra indicato.

*(Scrivere in stampatello)*

IL Presidente  
Dr. Rocco Paternò